



Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Приняла: Абдрамашева Қ

Подготовила: Абдумажитов Ш
Исраилова У

Факультет: ЖМ

Группа: 128

ПЛАН

- Определение ГЭРБ
- Этиология и патогенез
- Классификация
- Лечение
- Литература



ГЭРБ – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторноэвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или желудочно-кишечного содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений

ГЭРБ обусловлена несвоевременным расслаблением НПС (когда человек не глотает и отсутствует необходимость пропускать пищу или жидкость в желудок) или когда отверстие между желудком и пищеводом слишком долго находится открытым. В норме данный клапан срабатывает на несколько секунд, когда человек сглатывает. Отдельные виды пищи могут способствовать расслаблению и неполному закрытию НПС, что ведет к возникновению рефлюкса. Наиболее часто вышеупомянутое воздействие оказывают шоколад и мята, немного реже – алкоголь, никотин, некоторые лекарственные средства.

Употребление определенной пищи люди связывают с возникновением изжоги. И хотя данные продукты не вызывают сами по себе ГЭРБ, но, в то же время, способны усилить симптомы заболевания. К пище, усугубляющей состояние при рефлюксе, относят цитрусовые, жирные и жареные продукты, блюда с томатами, например, пасту (спагетти с томатным соусом) и пиццу. У некоторых людей изжога усиливается при употреблении кофе и газированных напитков. Если вы заметили, что симптомы усиливаются после приема определенных продуктов, то исключите данную еду из рациона.

- По данным обследования наличие симптомов ГЭР выявляется у 30-40% населения, причем до 25% пациентов данной группы нуждаются в постоянном медикаментозном, а до 15% - исключительно в хирургическом лечении.





Этиология и патогенез

По современным представлениям, ГЭРБ рассматривается как заболевание с первичным нарушением моторики пищевода и желудка. Ведущее место в ее патогенезе занимает нарушение функции антирефлюксного барьера, которое может возникать вследствие первичного снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), увеличения числа его спонтанных расслаблений, структурных изменений НПС, например, при сопутствующей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Важную роль в развитии заболевания играет также снижение химического (вследствие уменьшения нейтрализующего действия слюны и бикарбонатов пищеводной слизи) и объемного (в результате угнетения вторичной перистальтики и ослабления тонуса грудного отдела пищевода) эзофагеального клиренса, то есть способности пищевода нейтрализовать и удалять обратно в желудок попавшее в него кислое желудочное содержимое. Другими патогенетическими факторами ГЭРБ являются повреждающие свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, нарушение опорожнения желудка, повышение внутрибрюшного давления.

Спектр проявлений ГЭРБ



Типичные симптомы
(Изжога/рефургияция)

С эзофагитом

Без эзофагита

Атипичные симптомы

Боль в грудной клетке
(висцеральная гипералгезия)

Осиплость
(‘рефлюкс-ларингит’)

Астма,
хронический кашель, одышка

Поражение эмали зубов

Осложнения

Язвы пищевода,
кровотечение

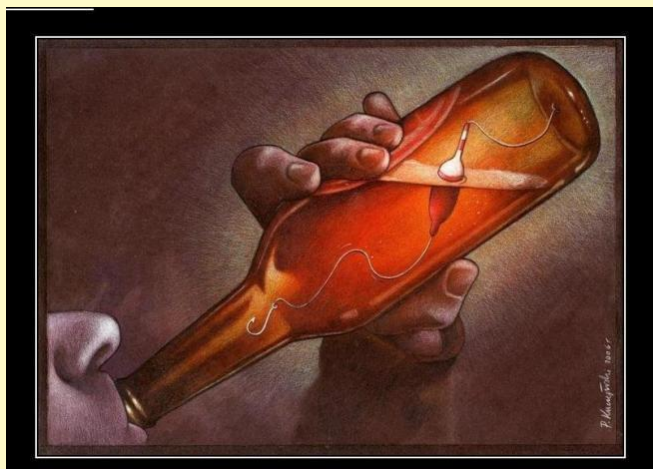
Стриктуры

Пищевод Барретта

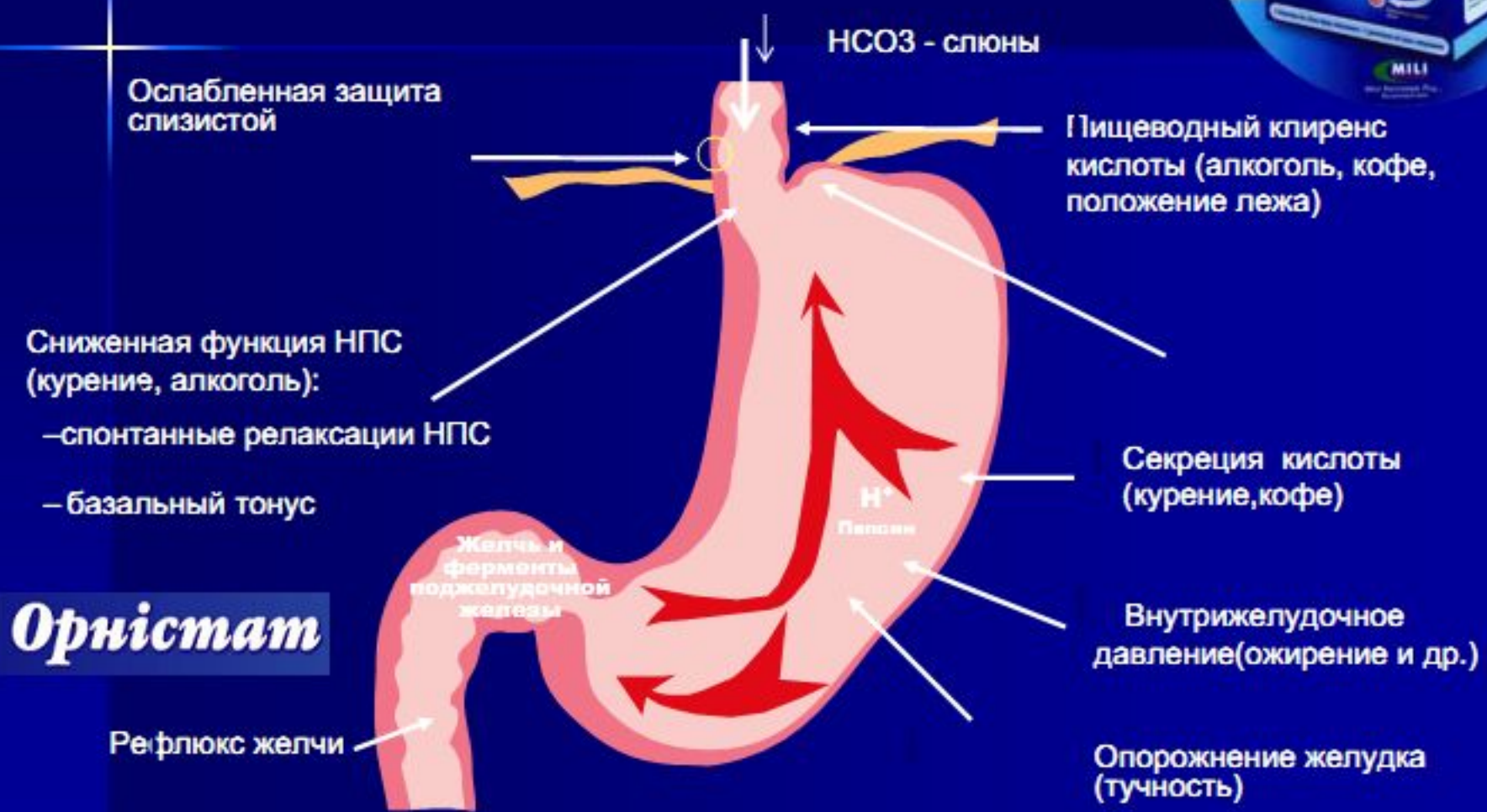
Аденокарцинома пищевода

Орлистат

- Определенную этиологическую роль играют вынужденное положение тела с наклоном туловища, избыточная масса тела, курение и злоупотребление алкоголем, прием определенных лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитратов, блокаторов кальциевых каналов, эуфиллина, холинолитиков и др.), некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и физиологические состояния (беременность).



Причины и механизмы развития ГЭРБ



Орністат

de Caestecker, *BMJ* 2001; 323:736–8.
Johanson, *Am J Med* 2000; 108(Suppl 4A): S99–103.

Причины развития ГЭРБ у детей

- анатомическое нарушение желудочно–пищеводного перехода,
- морфофункциональная незрелость вегетативной нервной системы,
- поражение центральной нервной системы,
- заболевания гастро–дуоденальной зоны.

Факторы патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни можно представить следующим образом:

- **Снижение функции антирефлюксного барьера: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере, увеличение числа эпизодов спонтанного расслабления нижнего пищеводного сфинктера.**
- **Снижение клиренса пищевода: химического, объемного — за счет угнетения вторичной перистальтики или снижения тонуса стенки грудного отдела пищевода.**
- **Повреждающие свойства рефлюктанта.**
- **Особенности слизистой оболочки пищевода.**
- **Нарушение опорожнения желудка.**
- **Повышение внутрибрюшного давления.**

Классификация

Выделяют 4 степени тяжести РЭ

При степени 0 наблюдается интактная слизистая оболочка пищевода.

При РЭ I степени тяжести эндоскопически обнаруживается картина преимущественно катарального эзофагита, а единичные эрозии захватывают менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода. При РЭ II степени тяжести эрозии становятся сливными и захватывают уже до 50% поверхности слизистой оболочки дистального участка пищевода. При РЭ III степени отмечаются циркулярно расположенные сливные эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода («булыжная мостовая»). Наконец, IV степень тяжести РЭ характеризуется образованием пептических язв и стриктур пищевода, а также развитием тонкокишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Барретта). В некоторых классификациях последнее осложнение рассматривается как 5 степень тяжести РЭ (на рисунке):

Эндоскопически позитивную ГЭРБ (эзофагит) классифицируют в зависимости от степени по Савари–Миллер следующим образом:

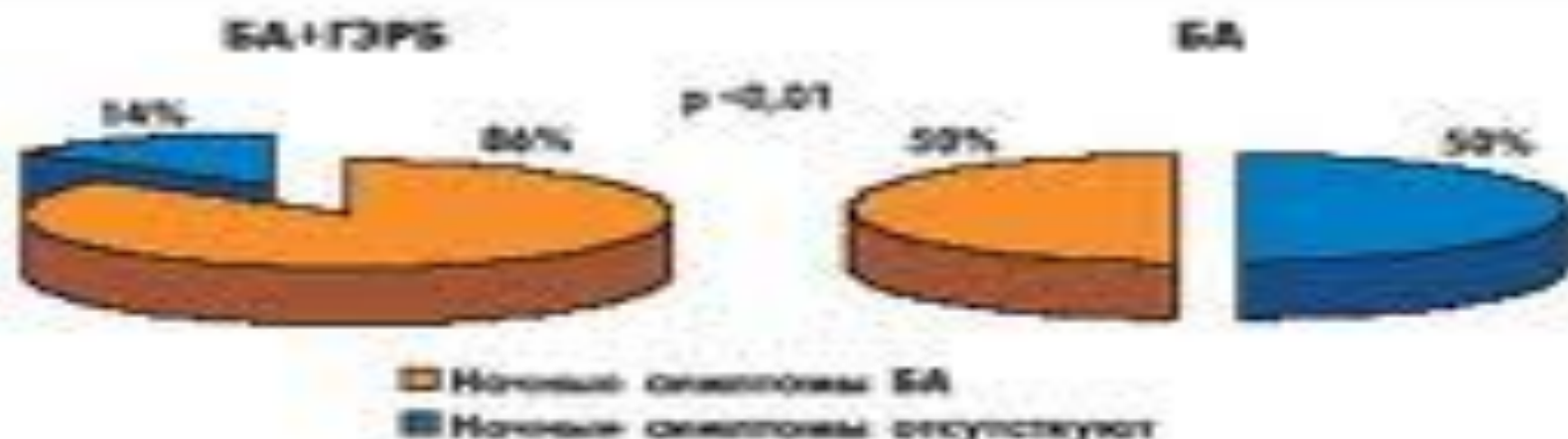
- степень 0 — нормальная слизистая;
- степень I — единичные эрозии, красные пятна или полосы вокруг Z-линии, эритема или участки со сниженной васкуляризацией;
- II — протяженные циркулярные эрозии с геморрагической тенденцией (IIa — степень I плюс контактная кровоточивость, IIb — степень I плюс спонтанная кровоточивость);
- степень III — тенденция к циркулярному распространению эрозий, отсутствие стриктур; степень IV: IVa — изъязвление со стриктурами или метаплазия, IVb — стриктуры без эрозий или язва



■ Бронхиальная астма в сочетании с ГЭРБ
 ■ Бронхиальная астма без ГЭРБ

Рис. 5. Распространенность ГЭРБ у больных бронхиальной астмой

Примечание. Данные клиники продолжительности внутренних болезней, гастроэнтерологии и пульмонологии ИИГА им. Н.М. Сеченова (1998-2000 гг., n = 136).



■ Ночные симптомы БА
 ■ Ночные симптомы отсутствуют

Рис. 6. Особенности клинических проявлений БА при сочетании с ГЭРБ

Эзофагеальные симптомы:

- срыгивание,
- отрыжка,
- изжога,
- одинофагия (боль при глотании),
- дисфагия.

Экстраэзофагеальные симптомы

Респираторные нарушения отмечаются более чем у 50% детей с ГЭРБ:

- осиплость голоса,
- кашель,
- приступы удушья,
- боли в груди.

Кроме того, могут наблюдаться:

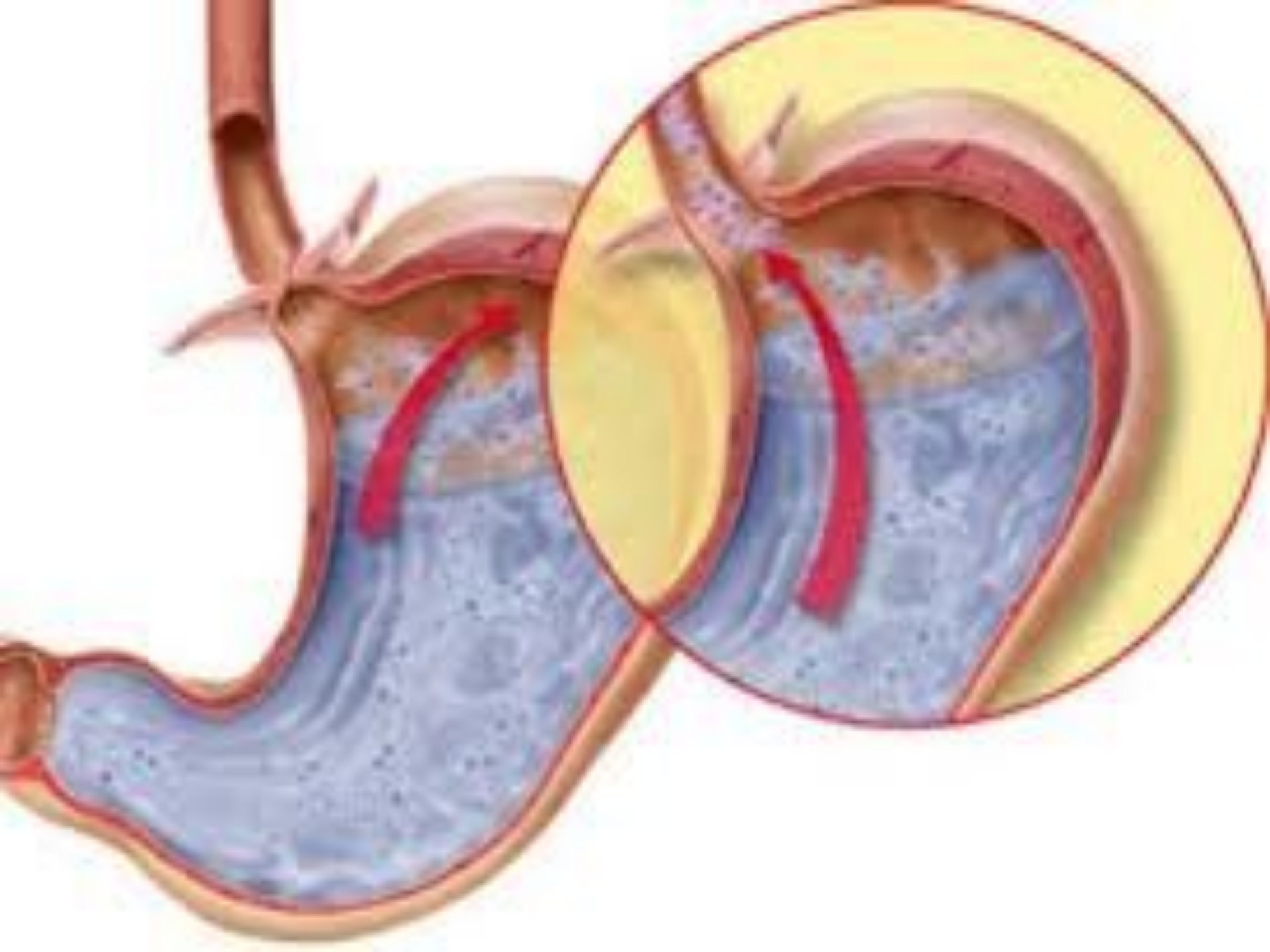
- расстройства питания из-за страха приема пищи (фагофобия) и дефицита питания вследствие повторной рвоты
- ГЭР может быть одной из причин рецидивирующего бронхита и ночного кашля.

Рис. Диагностика и лечение ГЭРБ



Направление диагностического поиска у больных с депрессией



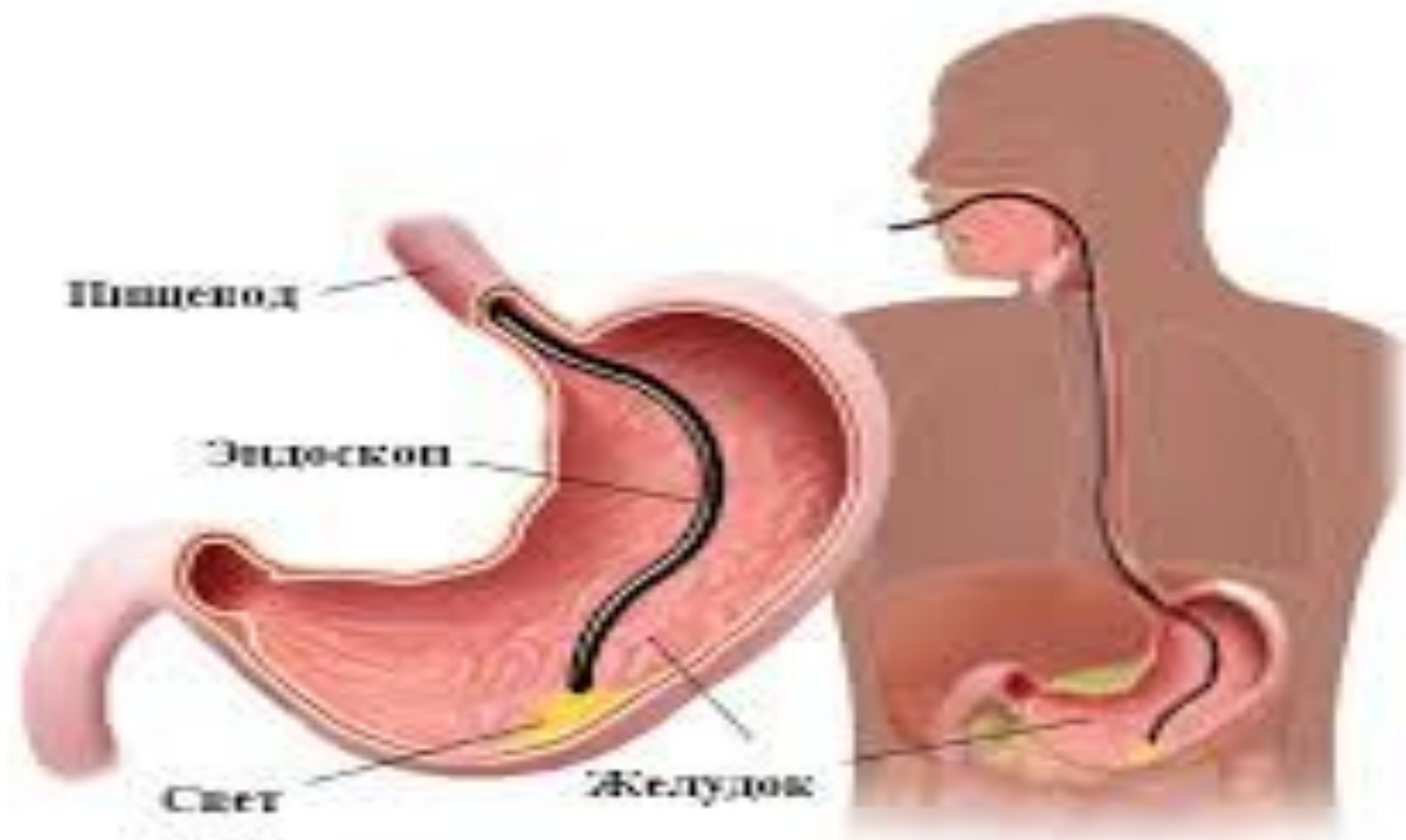


Основные методы диагностики ГЭРБ:

- эндоскопическое исследование,
- суточное мониторирование внутрипищеводного рН,
- рентгенологическое исследование.

Эндоскопическая классификация тяжести рефлюкс-эзофагита (РЭ) по Savary-Miller





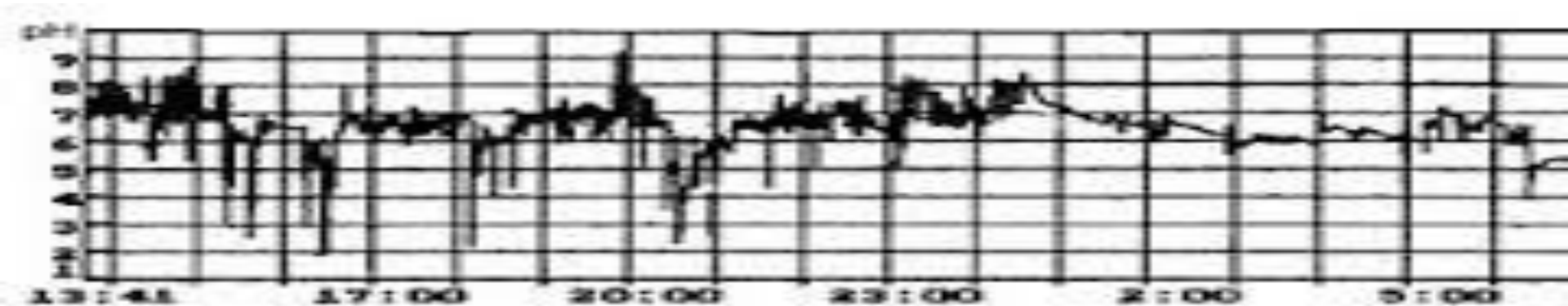


Рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью в положении Тренделенбурга выявляет гастроэзофагеальный рефлюкс в 65–80% случаев.



Суточное мониторирование внутрипищеводного рН является наиболее точным методом диагностики ГЭР.

За патологический рефлюкс принимают состояние, когда в течение 24 часов мониторинга наблюдается более 50 по числу или более 1 часа по времени эпизодов снижения внутрипищеводного рН ниже 4.



Пищеводные синдромы

Внепищеводные синдромы

Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами

Синдромы, с повреждением пищевода (осложнения)

Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена

Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается

1. Классический рефлюксный синдром
2. Синдром боли в грудной клетке

1. Рефлюкс-эзофагит
2. Стриктуры пищевода
3. Пищевод Барретта
4. Аденокарцинома пищевода

1. Кашель рефлюксной природы
2. Ларингит рефлюксной природы
3. Бронхиальная астма рефлюксной природы
4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы

1. Фарингит
2. Синуситы
3. Идиопатический фиброз легких
4. Рецидивирующий средний отит

Клиническая картина

Клинические проявления ГЭББ весьма разнообразны и многочисленны. Принято выделять эзофагиальные и экстраэзофагиальные симптомы.



Эзофагиальные симптомы

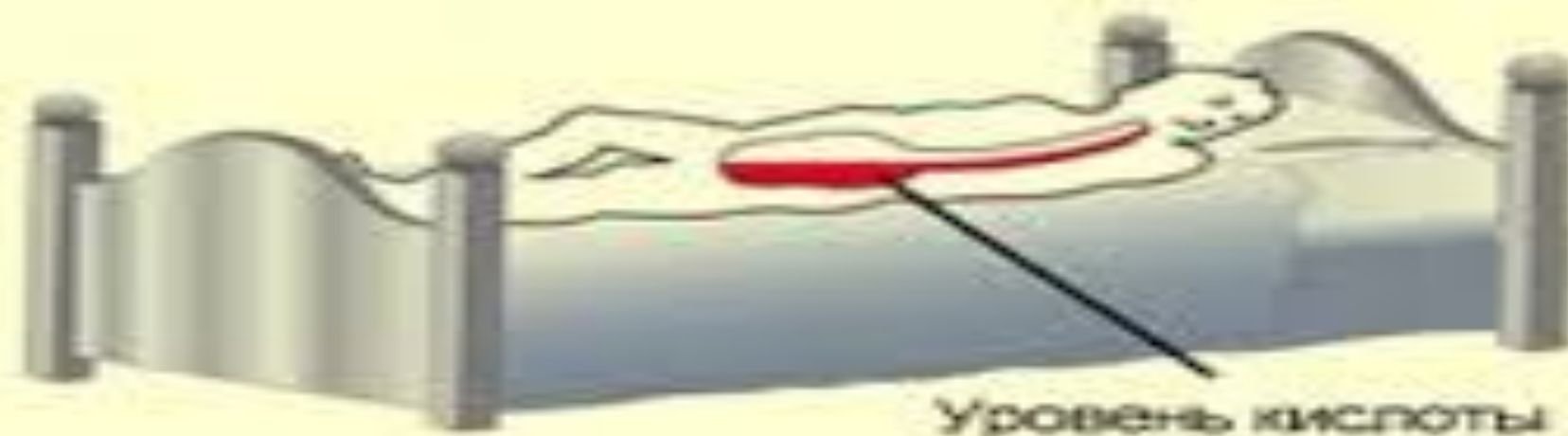
Изжога считается ключевой жалобой у взрослых пациентов с ГЭРБ. Более того, многие серьезные исследователи, изучая эпидемиологию ГЭРБ, в качестве базовой жалобы рассматривают именно изжогу. Она развивается вследствие раздражения желудочным соком чувствительных нервов слизистой оболочки пищевода и ощущается больными в виде тепла и жжения за грудиной.

Регургитация – это пассивное движение желудочного содержимого через пищевод и далее в ротовую полость. Усугубляется в положении лежа или при наклонении туловища.

Симптом «мокрого пятна» - появление на подушке после сна пятна белесоватого цвета, ощущение увеличенного количества жидкости во рту. Возникновение симптома обусловлено эзофагослюнным рефлексом. Наиболее часто этот симптом фиксируется у детей раннего возраста у которых он обычно обусловлен гиперсаливацией.

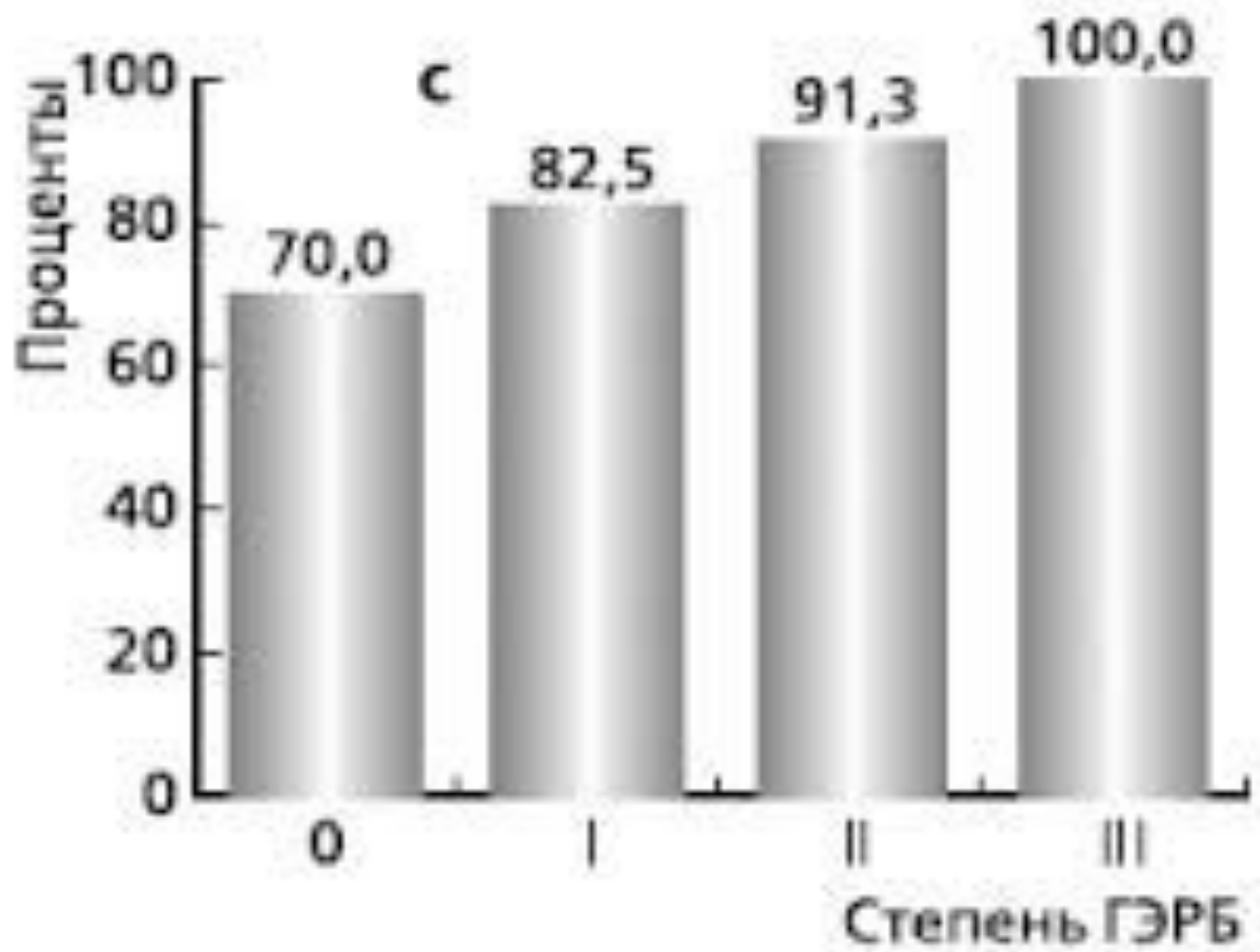
Положение подушки при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Стандартное положение подушки



Высокое положение подушки





Отрыжка воздухом . После обильного приема пищи и газированных напитков считается физиологическим явлением. Горькая отрыжка характерна не столько для желудочно-пищеводного, сколько для дуоденогастрального рефлюкса. Отрыжка кислым нередко оценивается больными как изжога и часто сочетается с неприятным вкусом во рту.

Дисфагия – ощущение кома за грудиной . В основе этой жалобы лежат нарушение моторной функции пищевода.

Экстраэзофагиальные симптомы

В основном представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной системы, ЛОР- органов, и ССС,

Основные цели лечения ГЭРБ



Позиционная терапия

- **Для старших детей рекомендуется спать на кровати с приподнятым головным концом на 15 см.**
- **Грудным детям целесообразно возвышенное положение под углом не менее 60° . Можно укладывать ребенка на живот с приподнятой верхней частью туловища более чем на 30° .**

Диетотерапия

Грудным детям, находящимся на искусственном вскармливании рекомендуются специализированные антирефлюксные смеси.

Специализированные антирефлюксные смеси промышленного выпуска

Название продукта	Компания–производитель, страна	Тип загустителя	Отношение сывороточные белки/казеин
Энфамил AR	Мид Джонсон, США	Рисовый крахмал	20/80
Сэмпер Лемолак	Сэмпер АБ, Швеция	Рисовый крахмал	60/40
Нутрилон антирефлюкс	Нутриция, Нидерланды	Камедь (0,4% от массы продукта)	20/80
Фрисовом	Фризленд Н्यूтришн, Нидерланды	Камедь (0,6% от массы продукта)	60/40



Несмотря на значительное количество исследований, посвященных терапии ГЭРБ, до настоящего времени не выработана определенная единая концепция лекарственного лечения больных. Основными целями медикаментозного лечения больных ГЭРБ являются предотвращение возникновения рефлюкса, уменьшение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса, а также устранение диффузных и очаговых патологических поражений слизистой оболочки пищевода и повышение ее защитных свойств. При этом лечение должно быть комплексным, включающим в себя как прием лекарственных препаратов, так и нормализацию образа жизни. Вероятность возникновения гастроэзофагеального рефлюкса уменьшается при подъеме головного конца кровати на 15-20 см. Больным необходимо воздерживаться от физических упражнений, связанных с наклонами туловища, избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, ношения тугих поясов и ремней.

Медикаментозная терапия

**Для медикаментозной терапии
применяются препараты пяти групп:**

- **антациды, прокинетика,**
- **H₂-гистаминоблокаторы,**
- **ингибиторы протонной помпы,**
- **репаратанты.**

**Из антацидов могут применяться
гефал, маалокс, фосфалюгель,
алмагель, алюмаг, тополкан и др.).**

**Назначаются по 1/2– 1 дозирующей
ложке 3–4 раза в сутки.**

Примером прокинетика являются препараты домперидона, в том числе Мотилиум, имеющие разные формы выпуска (таблетки по 10 мг, суспензия по 200 мл (1 мл содержит 1 мг домперидона). Детям раннего возраста назначается из расчета 0,25 мг/кг массы 3 раза в сутки и на ночь.

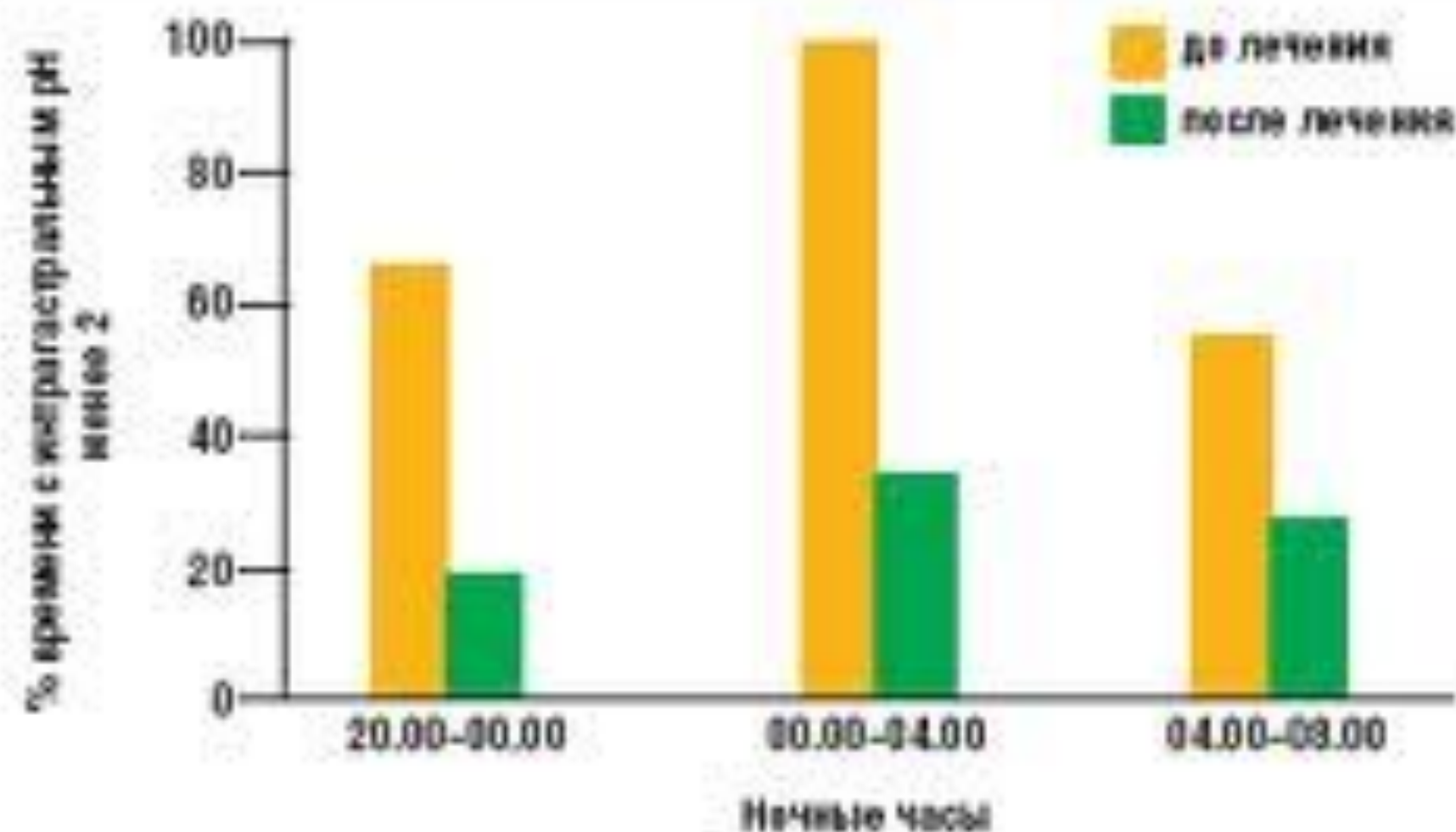


Рис. 1. Динамика показателей суточного интрагастрального рН-мониторирования на фоне лечения суспензией Гевискон форте в ночные часы (время с рН менее 2)

**H₂– гистаминоблокаторы назначаются
детям старшего возраста:**

- ранитидин по 2–3 мг/кг/сут**
- фамотидин по 0,5–0,8 мг/кг/сут в 2 приема.**

**Подросткам могут быть назначены
ингибиторы протонной помпы:
омепразол 0,5мг/кг/сут в 1–2 приема.**

- При ГЭР без эзофагита обычно эффективны антациды и прокинетики в течение 2–3 недель.
- При ГЭР с эзофагитом I степени лечение проводится теми же препаратами в течение 3–4 недель с повторением курса через 1 месяц.
- При ГЭР с эзофагитом II степени с учетом возраста применяются антисекреторные препараты (H₂-гистаминоблокаторы, ингибиторы протонной помпы) или прокинетики в сочетании с антацидами 3–4 недели с повторением курса через 1 месяц.
- При ГЭР с эзофагитом III–IV степени с учетом возраста назначаются антисекреторные препараты или прокинетики в сочетании с репаратантами (сукральфат, венгер, алсукрал и др.) 3–4 недели с повторением курса через 1 месяц.

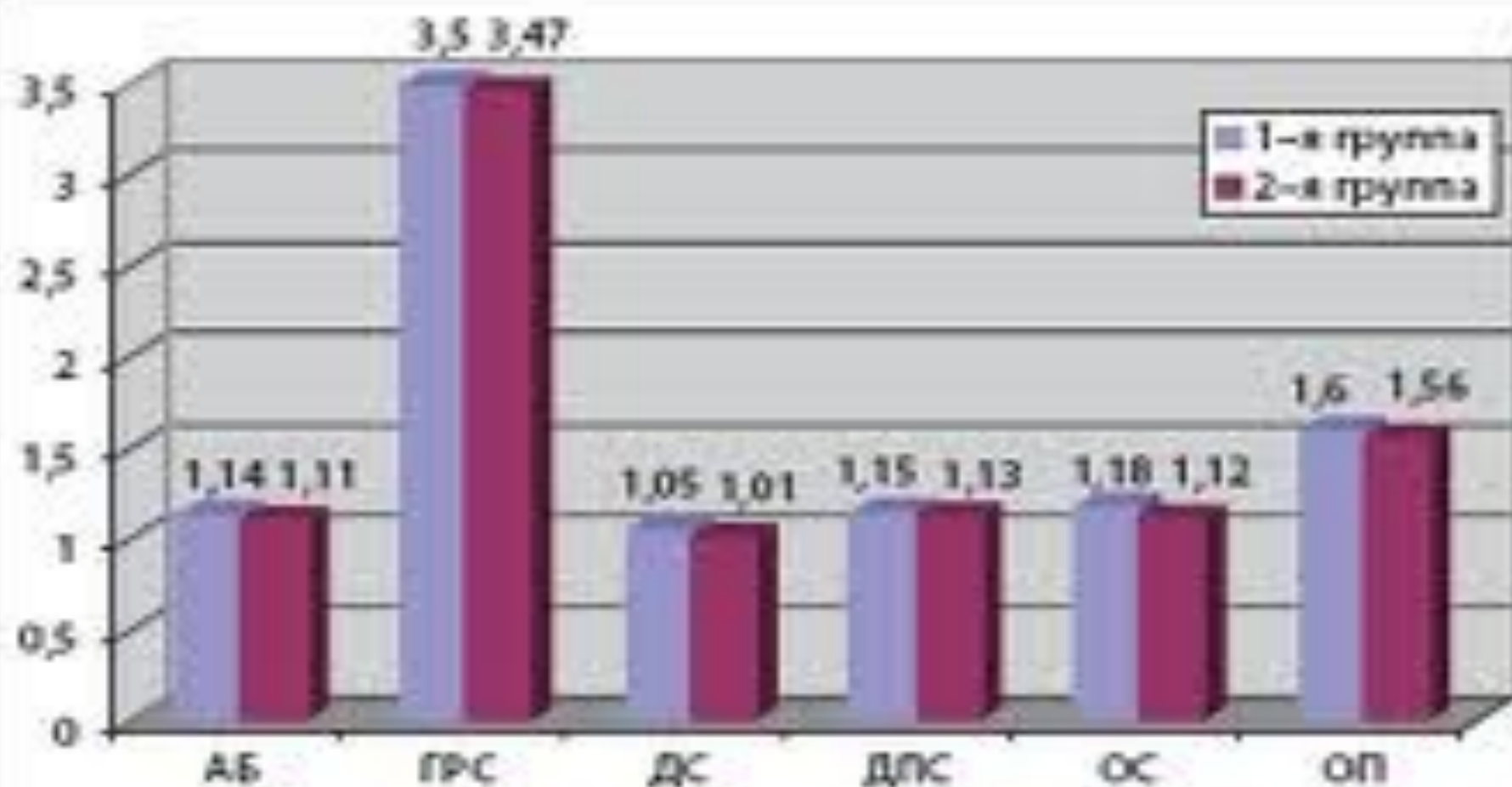


Рис. 1. Показатели КЖ у больных 1-й и 2-й групп по опроснику GSRS до лечения (АБ – абдоминальная боль; ГРС – гастроэзофагеальный рефлюксный синдром; ДС – диарейный синдром; ДПС – диспепсический синдром (тошнота, тяжесть в эпигастрии, метеоризм); ОС – обстипационный синдром; ОП – общий показатель (среднее арифметическое показателей всех шкал))

Осложнения

К числу главных осложнений ГЭРБ относятся пептические стриктуры пищевода, кровотечения и развитие синдрома Барретта.

Синдром Барретта (пищевод Барретта) – это наличие желудочной метаплазии слизистой оболочки пищевода проксимальнее 2,5 см от кардии (желудочно-пищеводного соединения). Синдром Барретта относится к предраковым заболеваниям, поскольку риск развития аденокарциномы у таких пациентов возрастает, по данным разных исследователей, в 30-125 раз. Данное осложнение развивается у 10-15% больных эрозивным РЭ. Еще в 1950 году английский хирург N.Barrett обратил внимание на 30-125 раз.

При возникновении и прогрессировании пептической стриктуры пищевода у больных часто появляются боли за грудиной и в подложечной области. При дифференциальной диагностике стриктур пищевода следует учитывать следующее: больные с доброкачественной пептической стриктурой пищевода долго не теряют в массе тела, в отличие от больных со злокачественным сужением пищевода.

При пищеводном кровотечении наблюдается внезапная слабость, бледность кожных покровов, снижение АД, нитевидный пульс, рвота “кофейной гущей” с прожилками алой крови. После купирования кровотечения необходимо проводить профилактику его рецидивов.

Прогноз

- Прогноз для жизни при неосложненной ГЭРБ – благоприятный.

Прогноз для здоровья – благоприятный.

Прогноз для трудоспособности – благоприятный.

Таким образом, последние достижения в изучении патогенеза ГЭРБ, совершенствование ее диагностики и разработка новых методов терапии позволили достичь существенных успехов в лечении данного заболевания и профилактике его осложнений.

Литература

- Васильев Ю.В. Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consillium Medicum; 2013; т. 4, №1: 33-42.
- Заин У.А., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. и др. Значение суточного мониторирования внутрипищеводного рН в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и оценке эффективности лекарственных препаратов // Клиническая медицина; 2009; №7: 39-42.
- Билхарц Л.И. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии; 1998; т. 8, №5: 69-76.
- Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Consillium Medicum; 2005; т. 2, №7: 26-32.